



CONNECTICUT QUITLINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3114

CONNECTICUT
QUITLINE
1-800-QUIT-NOW
1-855-DEJELO-YA

FAX SENT DATE: ____/____/____

Provider Information:

CLINIC NAME

CLINIC ZIP CODE

HEALTH CARE PROVIDER

CONTACT NAME

FAX NUMBER

PHONE NUMBER

I AM A HIPAA COVERED ENTITY (PLEASE CHECK ONE)

YES

NO

DON'T KNOW

Patient Information:

PATIENT NAME

DATE OF BIRTH

GENDER

MALE

FEMALE

ADDRESS

CITY

ZIP CODE

PRIMARY PHONE NUMBER

HM

WK

CELL

SECONDARY PHONE NUMBER

HM

WK

CELL

LANGUAGE PREFERENCE (PLEASE CHECK ONE)

ENGLISH

SPANISH

OTHER

____ I am ready to quit tobacco and request the Connecticut Quitline contact me to help me with my quit plan.

(Initial)

____ I **DO NOT** give my permission to the Connecticut Quitline to leave a message when contacting me.

(Initial)

**** By not initialing, you are giving your permission for the quitline to leave a message.**

PATIENT SIGNATURE: _____

DATE: ____/____/____

The Connecticut Quitline will call you. Please check the BEST 3-hour time frame for them to reach you. **NOTE: The Quitline is open 7 days a week; call attempts over a weekend may be made at times other than during this 3-hour time frame.**

6AM – 9AM

9AM – 12PM

12PM – 3PM

3PM – 6PM

6PM – 9PM

WITHIN THIS 3-HOUR TIME FRAME, PLEASE CONTACT ME AT (CHECK ONE):

Primary #

Secondary #

© 2011 Alere. All rights reserved.

Confidentiality Notice: This facsimile contains confidential information. If you have received this facsimile in error, please notify the sender immediately by telephone and confidentially dispose of the material. **Do not review, disclose, copy, or distribute.**



CONNECTICUT
QUITLINE
 1-800-QUIT-NOW
 1-855-DEJELO-YA

CONNECTICUT QUITLINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3114

FECHA DE ENVÍO: ____/____/____

Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA _____ CÓDIGO POSTAL _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR _____

NOMBRE DEL CONTACTO _____

FAX _____ TELÉFONO _____

SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPPA (POR FAVOR MARQUE UNA)
 SÍ NO NO SÉ

Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO
 M F

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELEFONO PRIMARIO _____ CASA TRAB CEL _____ NÚMERO DE TELEFONO SECUDNARIO _____ CASA TRAB CEL _____

LENGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)
 INGLÉS ESPAÑOL OTRO

 (Iniciales) Estoy listo para dejar el tabaco y solocito que la línea Quitline de Connecticut me contacte para ayudarme con mi plan.

 (Iniciales) Yo **NO** autorizo a línea Quitline de Connecticut a dejar un mensaje al contactarme.
 ** Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: ____/____/____

Connecticut Quitline le llamará. Por favor marque el mejor horario para llamarle. **NOTA: La línea para dejar el tabaco trabaja los 7 días de la semana. Las llamadas que se realizen en el Fin de semana podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

7AM – 9AM 9AM – 12PM 12PM – 3PM 3PM – 6PM 6PM – 9PM

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO): # Primario # Secundario